



当院の存在を何で知りましたか。

- |                                       |                                    |                                  |                                |
|---------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 電話帳          | <input type="checkbox"/> 新聞        | <input type="checkbox"/> 街頭の看板広告 | <input type="checkbox"/> 雑誌の広告 |
| <input type="checkbox"/> インターネット      | <input type="checkbox"/> 知人(       |                                  | 様)の薦めで                         |
| <input type="checkbox"/> 通りすがりに見つけた   | <input type="checkbox"/> 住宅地図      |                                  |                                |
| <input type="checkbox"/> その他 (        |                                    |                                  | )                              |
| <input type="checkbox"/> 家族が受診したことがある | <input type="checkbox"/> 以前から知っていた |                                  |                                |

4. 薬に対して特別な考えがありますか。( はい・いいえ )

- できるだけ飲み薬は服用したくない。
- 飲み薬に抵抗はないが、服用期間をできるだけ短くしたい。
- 症状がよくなるのなら漢方薬も服用したい。
- 薬に対するアレルギーがあるため、いろいろな薬が心配になる。
- その他 ( )

5. 薬に対する制約はありますか。( はい・いいえ )

- 錠剤はうまく服用できない。  カプセルは服用できない。
- 散剤はうまく服用できない。  漢方薬は服用できない。
- その他 ( )

6. てんかん・ひきつけ・熱性けいれんの既往はありますか。( はい・いいえ )

才の頃に てんかん・ひきつけ・熱性けいれん あり。

7. 体重 40 kg未満の方だけお答えください。

体重                      kg

8. 女性の方だけお答え下さい。

現在、妊娠されていますか ( 妊娠    カ月・いいえ・わからない )

現在、授乳されていますか ( はい・いいえ )

9. 当院では保険診療の他に自由診療(保険対象外)を行っています。

興味のあるものにレ点を記入してください。

- |                              |                              |                               |                             |                              |
|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 脱毛  | <input type="checkbox"/> シミ  | <input type="checkbox"/> シワ   | <input type="checkbox"/> 肝斑 | <input type="checkbox"/> たるみ |
| <input type="checkbox"/> 赤ら顔 | <input type="checkbox"/> にきび | <input type="checkbox"/> にきび痕 | <input type="checkbox"/> 毛穴 |                              |
| <input type="checkbox"/> ピアス | <input type="checkbox"/> 疲労  |                               |                             |                              |